Ueber die operierten eitrigen Adnexentzündungen

im Frauenspital Basel-Stadt
1901—1907.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

EUTYCHY KOTJAKOW

aus **Schilka,** (Russland)

ACAD. LITTERAT BIBL.

BASEL
Buchdruckerei Brin & Cie., Spalenvorstadt 9.
1909.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546713_0098

Kaum hat noch eine andere Frage in der Gynaekologie so viel Meinungsverschiedenheiten und so viel Bestrebungen dieselbe zu lösen hervorgerufen, als die Frage der Behandlung der eitrigen Adnexentzündungen.

Der Beginn der Diskussion über diese Frage nahm seinen Anfang gleich nach der Einführung der neuen Operationsmethode in die Therapie der Adnexerkrankungen.

Die Idee der operativen Behandlung der Adnexerkrankungen ist vor relativ langer Zeit bereits gesagt worden. Schon in der vorantiseptischen Zeit (1843) empfahl *James Blundell* die Wegnahme kranker oder gesunder Ovarien in Fällen mechanischer Dysmenorrhoe.

Aber erst im Jahre 1872 wurde diese Operation praktisch ausgeführt, nämlich als *Hegar* und *Battey* fast gleichzeitig die ersten Abtragungen der Adnexe nach unserer heutigen Auffassung ausführten.

Obwohl die neue Methode schon in den ersten 10—12 Jahren sich die allgemeine Anerkennung erobert hatte, blieb sie trotzdem der Mittelpunkt reger Diskussionen, und die anfangs einfache Frage über die Zweckmässigkeit der Operation wurde mit der Zeit, wachsend und sich vertiefend, komplizierter; sie unterlag der unumgänglichen und gesetzmässigen Differentiation.

Besonders intensiv wurde die Diskussion in den letzten 10 Jahren geführt. In diesem Zeitraum entstand über diese Frage eine grosse Literatur, obwohl die Meinungen zur Zeit noch sehr auseinandergehen, ist doch ein grosser Nutzen aus den vorhergehenden Bearbeitungen der Lehre über die Therapie der Adnexerkrankungen erwachsen. Insofern ist ein gewisser Abschluss und eine Klärung erreicht worden, dass die früheren Streitigkeiten über die Indicationsstellung und Technik einer mehr oder weniger planmässigen Ordnung Platz machten. All das begünstigte nicht nur die Vervollkommnung der verschiedenen

Operationsmethoden, sondern brachte auch einen grossen Nutzen für die Theorie der Frage.

Jede Schule, jede Richtung wird nicht nur durch die Statistiken der eigenen Beobachtungen und Versuche unterstützt, sondern sie analysiert und vergleicht sie mit Ergebnissen anderer Schulen.

So erreichte denn gegenwärtig die theoretische Seite der Lehre über die Therapie der Adnexerkrankungen einen Punkt, der, wenn nicht der Meinungseinheit, so doch wenigstens der Mitte aller streitenden Meinungen ganz nahe liegt.

Zu den heutigen Streitfragen der verschiedenen Richtungen gehören in erster Linie: Anzeige und Technik der Operation.

Ueber die Anzeigestellung stehen sich zwei Richtungen gegenüber: die radikale und die mehr konservative Richtung, welch letztere ein operatives Eingreifen nur bei sehr strenger Indication zugeben will.

Ueber die Ausdehnung eines einmal beschlossenen Eingriffes herrscht gleichfalls Meinungsverschiedenheit. Einige wie *Dührssen*, *Schauta*, wollen zugleich mit den betroffenen Adnexen den Uterus mit entfernen, da er, der doch nun nutzlos geworden ist, die Ursache einer neuen Anfachung der Krankheit werden kann; andere wollen nur die erkrankten Stellen operiert wissen, alles, was gesund ist, soll geschont werden.

Auf gütige Anregung des Herrn Direktors des Frauenspitals Basel-Stadt Prof. Dr. v. Herff habe ich mich mit der Untersuchung der in der Basler Klinik operierten Fällen eitriger Adnexentzündungen beschäftigt.

Die Hauptaufgabe meiner Untersuchungen besteht an der Hand einer Statistik meines Materials zu zeigen, welchen Prinzipien die obengenannte Klinik bei der Behandlung der Adnexerkrankungen während der letzten 7 Jahre ihrer Tätigkeit unter Leitung des Herrn Prof. v. Herff gefolgt ist und welche Resultate sie erreicht hat.

In der Zeit vom 1. Januar 1901 bis zum 1. Januar 1908 sind im ganzen 402 Fälle von Adnexentzündungen an der Basler Klinik zur Behandlung gekommen. Von diesen 402 Fällen wurden 272 konservativ, und 130, also über ein Drittel, operativ behandelt.

Das Verhältnis der operierten Patientinnen zu dem der Nichtoperierten lehrt, dass die Klinik in Basel in dem obengenannten Zeitverlauf sich den radikalen Bestrebungen in der operativen Therapie fern gehalten hat. Die verhältnismässig hohe Ziffer von Operationen erklärt sich aus der Schwere der Erkrankungen, die jeder konservativen Behandlung trotzten.

Ein dem obigen ähnliches Verhältnis (456 : 83) finden wir in der im vorigen Jahr im Archiv für Gynaekologie gedruckten Abhandlung Dr. *Forssner's* über die Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen in *Westermark's* Klink zu Stockholm. Nach Dr. Forssner drängt diese Klinik auf strengste Operationsindicationen, die nur dann gegeben sind, wenn die Unmöglichkeit einer exspektativen Heilung klar liegt.

Von 130 operierten Patientinnen des Frauenspitals Basel-Stadt, bei denen es sich um schwerere Formen eitriger Adnexerkrankungen gehandelt hat, sind 13 gestorben, was eine Mortalität der Operierten von 10% ausmacht.

Nach den Jahren verhalten sich die Operationen und Todesfälle folgendermassen:

1901	29	Operat.	1 Todesfall	1905	21	Operat.	4 Todesfall
1902	6	„	1 „	1906	16	„	1 „
1903	22	„	3 „	1907	15	„	2 „
1904	21	„	1 „				

Was zunächst das Alter betrifft, so war die jüngste der Operierten 18, die älteste 51 Jahre alt.

Fast $^2/_3$ der Operierten (76) befanden sich im Alter zwischen 25 und 40 Jahren, während zwischen 18 und 25 Jahren (28) und zwischen 40—50 Jahren (25), sowohl über 50 (1), nur 54 Fälle waren.

Diese Zahlen bestätigen von neuem die Tatsache, dass die Mehrzahl der Patientinnen, die an Adnexerkrankungen leiden, Frauen sind, bei denen das Sexualleben seine vollständige Entwickelung erreicht hat, und somit einer Reihe von Schädlichkeiten, die damit verbunden sind, ausgesetzt sind.

53 operierte Patientinnen der Basler Klinik waren kinderlos, darunter allerdings 31 ledige, alle anderen hatten Aborte und Entbindungen durchgemacht.

Da, wo die Diagnose einen eitrigen Charakter der Erkrankung nicht

feststellen konnte, wurde nach der Regel die konservative Behandlungsmethode angewandt.

Die Erkrankungen, bei denen man zum Messer greifen musste, waren folgende: einseitige oder beiderseitige Tumoren tubo-ovariales, welche verschiedene Combinationen von Salpingitiden und Oophoriten mit eitrigen Abscessen darstellen: ihre Zahl beträgt 88, Pyosalpinx allein 6, Salpingo-oophoritis mit Haematosalpinx 2, Salpingo-oophoritis mit Hydrosalpinx 7, Salpingo-oophoritis mit Sactosalpinx 4, Salpingo-oophoritis mit Perioophoritis 4, Salpingitis purulenta 7, Oophoritis purulenta 3, Sactosalpinx et Cystis ovarii 1, Salpingtis et Cystis ovarii 1, Hydrosalpinx et Cystis paraovarii 1, Hydrosalpinx et Haematosalp. 1, Hydrosalpinx et Cystoma ovarii 1, Hydrosalpinx et Sactosalpinx 1, Pyosalpinx mit vereiterter Ovarialcyste 2, Sactosalpinx allein 1.

In vielen Fällen waren die Symptome der Adnexerkrankungen nicht die einzigen Gründe, die die Anzeige zur Operation gegeben haben. In 6 Fällen wurden Operationen auf Grund von Fehldiagnose ausgeführt: 3 Mal war die Diagnose graviditas extrauterina (2 Mal wurde Salpingo-oophoritis und 1 Mal Pyosalpinx cum Pyoovario gefunden) gestellt worden; 2 Mal wurde die Diagnose Salpingoophoritis purulenta angenommen; in einem Fall befand sich Sactosalpinx und im andern Hydrosalpinx. Endlich führte einmal die Diagnose maligne Ovarialgeschwulst zur Operation, während sich Pyoovarium herausstellte.

5 Patientinnen wurden wegen Myom des Uterus operiert. Die Adnexerkrankung stellte eine, wenn auch nichtige Komplikation dar. Einmal war darunter ein Pyosalpinx (Radikaloperation), 1 Mal Pyosalpinx und Hydrosalpinx (Amputatio uteri mit Entfernung der Adnexe) und einmal Pyosalpinx mit Cystis ovarii (Radikaloperation). In einigen Fällen wurden Adnexentfernungen bei Gelegenheit anderer Eingriffe ausgeführt:

1 Mal bei Pyonephrosis, bei welcher sich die Nephrectomie unumgänglich erwies, 4 Mal bei Peritonitis tbc., 4 Mal bei Appendicitis und Recidiven derselben, 2 Mal bei Hernia umbilicalis, welche eine Herniotomie verlangte und endlich 17 Mal bei verschiedenen Arten von Lageabweichungen des Uterus (Descensus, Retroflexio u. s. w.)

In nur 91 von allen 130 Fällen gaben die Adnexerkrankungen direkt und allein die Anzeige zur Operation ab. Meist handelte es sich um Unterleibs- und Kreuzschmerzen, oder um Schmerzen in der Gegend der Adnexe, die die Arbeitsfähigkeit auf das schwerste schädigten. Gleichzeitig bestanden Beschwerden beim Stuhlgang, wobei es sich entweder um chronische Obstipationen oder chronische Diarrhoeen handelte.

Bei vielen Patientinnen bestanden neben diesen Symptomen noch Gebärmutterblutungen.

Die näheren Operationsindikationen waren hier folgende: in 21 Fällen die typischen Recidive nach konservativer Behandlung, die meistens hier in der Klinik durchgeführt worden war. In 6 Fällen wurden Patientinnen wegen anhaltender Blutungen und in 2 Fällen wegen Eiterabgang aus Fisteln operiert. In den andern 62 Fällen wurde die Indication hauptsächlich durch Arbeitsunfähigkeit, welche durch schwere Formen der Erkrankung der Adnexe hervorgerufen wurde, herbeigeführt.

Welch einen grossen Wert dieses Moment als Operationsindication hatte, ist leicht zu ersehen aus der gesellschaftlichen Stellung der Operierten. Sie gehörten fast alle nicht nur zu der arbeitenden Klasse, sondern der grösste Teil von ihnen (50) waren sogar Vertreterinnen derselben.

Es ist selbstverständlich, dass die Hoffnung auf Befreiung von ihren Leiden und Erlangung der Arbeitsfähigkeit die Scheu vor dem Messer des Operateurs besiegte, obgleich nach dem Usus der Klinik die Kranken auf die Gefahren der Operation und einen eventuell teilweisen Erfolg aufmerksam gemacht wurden.

Doch auch nicht alle entschlossen sich gleich zur Operation. Die Mehrzahl von ihnen kam erst dann dem Gedanken einer Operation näher als dem letzten und einzigen, aber sichern Mittel der Heilung, nachdem die vorhergegangene konservative Therapie, die geduldig mehrere Monate, sogar Jahre angewandt wurde, nicht die gewünschte Heilung gebracht hatte.

Als Illustration zu dem Obengesagten kann ich hier einige Zahlen anführen, die uns zeigen, wie lange die Mehrzahl der Patientinnen bis zur Operation sich in der Klinik aufgehalten haben.

Von 130 Patientinnen wurden nur 56 während der ersten Woche ihres Aufenthaltes in der Klinik operiert. Aber unter Ihnen kann man eine grosse Anzahl solcher finden, die vor der Operation sich schon lange hatten behandeln lassen, entweder ausserhalb der Klinik, oder längere Zeit Klientinnen der Poliklinik gewesen waren.

Von der anderen Hälfte der Patientinnen waren 38 — 2 Wochen bis zur Operation, 18 von 2 Wochen bis 1 Monat, 11 von 1 Monat bis 2 Monate, 4 von 2—3 Monate, 1 mehr als 3 Monate (97 Tage), 1 mehr als 4 Monate (126 Tage) und schliesslich 1 beinahe ein halbes Jahr (161 Tage) in der Klinik ohne Ergebnis konservativ behandelt worden.

Der grosse Wert, den die sociale Lage der Operierten der Basler Klinik auf die Indication ausübte, reichte über diese Zeit hinaus; sein Einfluss zeigte sich auch auf die Resultate der Operationen, doch darüber werde ich weiter unten zu schreiben haben.

Die Regel nicht zu operieren, bevor die acuten Erscheinungen völlig geschwunden waren und womöglich eine längere Zeit vergangen war, wurde streng befolgt. Gewöhnlich kamen die Frauen in die Klinik schon fieberfrei oder wurden es im Laufe einer vorhergegangenen konservativen Therapie, welche, wie aus meiner obenangeführten Berechnung der voroperativen Aufenthaltsdauer zu sehen ist, bei der Hälfte aller Fälle durchgeführt werden konnte.

Dessen ungeachtet musste man in 8 Fällen (bei *Forssner* 2 auf 83) bei acuten Erscheinungen operieren. Natürlich handelte es sich jedesmal um Vitalindicationen.

In einem Fall wurde bei Pyonephrosis, in 4 Fällen bei Peritonitis tbc. und in den andern Fällen wegen drohender Berstung der Eitersäcke operiert.

Die allgemeine Anschauung, dass die Operationsgefahr unter acuten Erscheinungen immer grösser ist, fand hier eine traurige Bestätigung. Gerade diese Fälle trugen dazu bei den Prozent der Sterblichkeit in meinem Material zu erhöhen. Die operativen Eingriffe, welche zur Entfernung der Adnexe angewendet wurden, verteilen sich auf 106 Laparotomien und 24 vaginale Operationen. Die Operationsarten waren folgende:

Operationen	Per Laparotomiam	Todesfälle	Per Vaginam	Todesfälle
Radikaloperation	2	1	15	2
Totalexstirpation d. Ut. m. einseit. Adnexabtr.	—	—	4	—
„ „ „ „ Zurücklass. d. Ovar.	1	—	—	—
Amputatio Ut. mit Entfernung der Adnexen	6	—	—	—
Salpingo-oophorectomie, doppelseitig . . .	39	5	2	—
„ „ einseitig	11	—	2	—
„ „ et Salpingectomie . .	18	2	1	—
„ „ „ Salpingostomie . .	2	—	—	—
„ „ „ Ovariotomie . . .	5	—	—	—
„ „ „ Paraovariotomie .	2	—	—	—
„ „ „Salpingect. et Ovariot.	5	—	—	—
Salpingectomie, doppelseitig	3	—	—	—
„ einseitig	3	—	—	—
„ et Ovariotomie	3	1	—	—
Salpingotomie et Ovariectomie	2	—	—	—
Oophorectomie, einseitig	2	—	—	—

Ausserdem wurden in 2 Fällen Laparotomien zur Eröffnung der intraperitonealen Abscesse vorgenommen, welche beide mit dem Tode endigten.

Der grösseren Anschaulichkeit halber wurde hier die beträchtliche Anzahl der verschiedenen Modificationen der Operationen angeführt. In der Tat genügt es die Liste der Operationen durchzuschauen, um sich zu vergegenwärtigen, wie peinlich hier das Prinzip der Schonung der Gewebe, welche solch wichtige Funktionen, wie diejenige des Sexuallebens des Weibes, haben, ausgeführt wird.

Aus dieser Aufzählung ist auch zu erkennen, dass, in Betreff der Art der Operation, die Laparotomie, wegen ihres ungemein grossen Vorzuges der Uebersichtlichkeit, bevorzugt wurde.

Es waren derer 106. Von dieser Wahl wurde zu Gunsten der Vaginaloperationen nur dann abgewichen, wenn das Interesse der Kranken es forderte. Solcher Fälle gab es 24. In 7 Fällen handelte es sich um frühere Laparotomien, in einem Fall um Vorhandensein einer Ruptura perinei, dann waren es teils Lageabweichungen des Uterus, welche seine gleichzeitige Entfernung oder Fixation angezeigt erscheinen liessen, bei welchen also vaginales Vorgehen vorteilhafter erschienen ist. Auch handelte es sich um kleinere

Adnextumoren, die vom Scheidengewölbe aus leicht erreichbar waren.

Nur auf Grund besonderer Indicationen wurden auch Radikaloperationen und überhaupt Operationen am Uterus selbst vorgenommen. Die Anzeige gaben hierfür entweder schwere Erkrankungen des Uterus, wie grosse Myome, oder hartnäckige und lästige Lageveränderungen desselben. Im ganzen wurden 17 Radikaloperationen ausgeführt, unter ihnen nur 2 per Laparotomiam. Totalexstirpation des Uterus mit unvollständiger Adnexabtragung wurde 4 Mal per Vaginam und 1 Mal per Laparotomiam vorgenommen. Schliesslich wurde in 6 Fällen Amputatio uteri mit beiderseitiger Adnexabtragung gemacht.

Nur in diesen 28 Fällen wandte sich die Basler Klinik dem Radikalismus in der operativen Therapie der Adnexentzündungen zu. Und obgleich die Zahl der Operationen in meinem Material relativ gross ist, bleibt doch stets das Princip hochgehalten, das besonders gut von *A. Martin* begründet wurde und sich auf den Vorzug der abdominalen Entfernung der erkrankten Adnexorgane unter möglichster Erhaltung des Uterus gegenüber der vaginalen und radikalen Methode stützt.

Oben, als ich von der Indicationsstellung sprach, habe ich darauf hingewiesen, dass in manchen Fällen nicht nur die Symptome der eigentlichen Adnexerkrankungen den Anlass zur Operation angegeben haben, sondern, dass auch andere Umstände den Ausschlag gegeben haben. Solches war in 20 Fällen der Fall. Als solche besondere Operationsanzeigen wären anzuführen:

Vaginofixation uteri per Kolpotomiam anterior 2, Kolpoperrineorrhaphie wegen Descensus uteri 2, Ventrofixatio uteri wegen Lageveränderungen 6, Ventrofixatio uteri, Herniotomie und Incision der Mastitis 1, Herniotomia 1, Nephrectomie 1, Resectio proc. vermic. 3, Hysterectomie wegen Myom des Uterus 2, Amputatio wegen desselben 3.

Sehr charakteristisch für die operative Tätigkeit der Klinik ist ohne Zweifel die postoperative Behandlungsdauer, aber leider lässt sie sich nicht in Zahlen ausdrücken. Das Anführen mittlerer Zahl hat meiner Meinung nach geringen Wert. Es ist ja in der Tat schon längst nachgewiesen, dass die postoperative Behandlungsdauer

grösstenteils auf Complicationen und anderen Erkrankungen, welche nichts mit den Adnexorganen zu tun haben, beruht.

Speziell in Basel wird man durch äussere Ursachen nicht im geringsten gedrängt die Kranken vorzeitig aus der Behandlung zu lassen, im Gegenteil, man ist in der glücklichen Lage die Kranken bis zur völligen Erholung dazubehalten.

Das Ordnen des Materials nach den verschiedenen Komplikationen und besonderen Erkrankungen hätte vielleicht Sinn, aber die Mühe, welche bei dieser Arbeit in Betracht käme, würde dem Resultat keineswegs entsprechen; denn die Komplikationen, welche die direkte Folge der Operation sind, verschwinden gewöhnlich in der Masse anderer Krankheiten und solcher Komplikationen, deren Zusammenhang mit der Operation noch nicht sichergestellt ist (z. B. Thrombose).

Was mein Material betrifft, kann ich nur sagen, dass die meisten Patientinnen höchstens nach Verlauf von 4—5 Wochen aus der Klinik entlassen wurden.

Weniger, als 20 Tage, blieben nach der Operation 13 Pat.
Von 20 bis 30 Tagen 42 Pat. Von 51 bis 60 Tagen 13 „
„ 31 „ 40 „ 24 „ „ 61 „ 70 „ 1 „
„ 41 „ 50 „ 15 „ mehr als 70 „ 7 „

Unter den letzteren waren solche, welche zumeist wegen Tuberkulose einige Monate in der Klinik verbrachten.

Sichere Daten über postoperative Behandlungsdauer können nur in solchen Fällen gegeben werden, bei denen keine Komplikationen und anderwärtige Krankheiten aufgetreten waren und bei denen sich die Patientinnen der Radikaloperation unterworfen haben; die ersten blieben gewöhnlich nicht mehr als 4 Wochen in der Klinik.

Aus dem obenerwähnten Grunde ist es auch schwer den Einfluss der verschiedenen Operationsmodificationen auf die postoperative Behandlungsdauer klar zu legen.

Die mittlere Zahl der Tage bei der Mehrzahl der Modifikationen schwankt zwischen 30 und 35 Tagen. Ein bedeutend grösserer mittlerer Zeitraum (79 Tage) fällt der Amputatio uteri zu; aber auch hier ist die Ursache eine mehr zufällige. Aus den 474 Tagen, welche von derartig operierten Patientinnen in der Klinik verbracht wurden, fallen nicht mehr und nicht weniger als

319 Tage einer Patientin zu Teil, welche an Komplikationen einer tuberkulösen Bauchfistel und Hernia ventralis zu laborieren hatte.

Was die Komplikationen selbst betrifft, so ergaben meine Untersuchungen über ihre Beziehung zu der operativen Technik folgende Resultate.

Ein durchaus günstiges Ergebnis haben die Vaginaloperationen ergeben, freilich wurden im wesentlichen nur leichtere Fälle so operiert. In 24 Fällen solcher Operationen hatte man nur einmal eine ziemlich harmlose Darmscheidenfistel und 3 Mal Nachblutungen beobachtet. Eine von diesen wurde durch secundäre Laparotomie gestillt, die beiden anderen wurden nach der gewöhnlichen Methode mittelst Tamponade behandelt.

Doch weisen selbst die besten Statistiken der Vaginaloperationen weit ernstere Folgen auf, wie z. B. schwerere Läsionen des Darmes und der Harnorgane. Nur die glücklichsten Autoren dieser Statistiken sind von solchen Folgen einigermassen verschont geblieben. *Landau* (nach *Mainzer*) hat unter 200 Fällen 4 Mal Rectovaginalfisteln und 1 Mal eine Darmfistel gehabt. *Schauta* unter 220 Fällen 3 Mal Ureterläsionen und 3 Mal Darmscheidenfisteln.

Ich erwähne hier die Nachblutungen nicht, welche an einem andern Ort zur Besprechung kommen werden.

Reichhaltiger und mannigfaltiger sind die Komplikationen in meinem Material, die bei Laparotomien beobachtet wurden. 2 Mal traten Darmfisteln tuberkulöser Natur, 1 Mal Ileus, 1 Mal Hernia ventralis, 4 Mal Thrombosen an den untern Extremitäten und 3 Mal Nachblutungen auf.

Der Nachteil der Verlängerung der Rekonvalescenz bei Laparotomie, auf den die Gegner der abdominalen Methode hingewiesen haben, hat sich auf Grund des Materials der Basler Klinik als richtig erwiesen. Im Durchschnitt kommen auf jede per Vaginam operierte Patientin 35 Tage, während auf jede Laparotomierte 49 Tage.

Erwähnt wurde aber bereits, dass alle mittleren Zahlen der postoperativen Behandlungsdauer sehr relativ sind. Dieses kann durch die Menge besonderer Erkrankungen und Komplikationen, welche der Laparotomie folgten und deren Zusammenhang mit der Operation ziemlich zweifelhaft, bestätigt werden. Ausser den

Thrombosen (8) und Appendiciten (4), welche sich an die Laparotomie anschlossen, wären hier noch folgende Erkrankungen zu nennen: Einige Male ulcus ventriculi, je 1 Mal Pneumonia, Angina, Magenschmerzen und starke Conjunctivitis der beiden Augen, 3 Mal Bronchitis (Influenza), welche die Laparotomienarbe hätte gefährden können und 2 Mal Beschwerden von einer gleichzeitig operierten Hernia umbilicalis.

Unzweifelhaft waren die Komplikationen zum Teil Ursachen der Verlängerung des Zeitraumes der Rekonvalescenz, und wenn man vom Nachteil der Laparotomie sprechen darf, so darf dies nur im Vergleich mit dem Material derselben Klinik geschehen.

Wenn man aber die Zahl der Komplikationen in meinem Material mit derselben der Statistiken der Gegner der Abdominalmethode vergleichen sollte, so könnte von einem solchen Nachteil gar nicht die Rede sein.

Oben haben wir schon von den Komplikationen bei *Landau* und *Schauta* gesprochen; hier muss ich noch die Nachblutungen hinzufügen. Wie bei dem einen, so auch bei dem andern haben die letzteren nicht nur einen ernsten, sondern auch einen verhängnisvollen Charakter gehabt.

Mainzer, welcher das Material der Klinik von *Landau* untersuchte, zählte nicht einmal alle Fälle der Nachblutungen nach den Operationen auf, sondern erwähnt nur 2 Fälle, welche tödlich endigten.

Bei *Schauta* kommen diese Folgen auch nicht gerade selten vor, denn, sie in 5 Fällen aufgezählt, gelang es in 2 Fällen die Patientinnen durch sekundäre Laparotomie zu retten.

In Basel wurden beobachtet:

Auf 106 Laparotomien 1 Ileus (es handelte sich dabei um eine schwere Form einer tuberkulösen Pyonephrosis) und 2 tuberkulöse Darmfisteln (eine derselben war bei einer Patientin mit schwerer Pelveoperitonitis tbc. aufgetreten). Beide Fisteln bildeten sich erst im Laufe der Heilung aus.

Von Nachblutungen werden drei erwähnt, die verhältnismässig leichter Art waren, so dass durch Styptica oder Tamponade sich stillen liessen. Nur in einem Falle musste die sekundäre Laparotomie ausgeführt werden, und zwar fiel er in die Zahl der 24 Vaginaloperationen. Auf jeden Fall bestätigt nochmals das von mir

untersuchte Material, dass die Laparotomien in Bezug auf die Nachblutungen weniger gefährlich sind. als die Vaginaloperationen.

Mainzer ist daher nicht im Recht, wenn er glaubt, dass „diese Erfahrung“ (ernste Nachblutungen nach den Laparotomien) gewöhnlich nur ausser Acht gelassen wird, wenn von der Gefahr der Nachblutungen die Rede ist.

Die Verlängerung der Rekonvalescenz durch Bauchdeckenabszesse und Fisteln, auf welche *Schauta* besonders hinweist, ist in meinem Material nicht sehr gross. Die Basler Klinik hat sie in 3,8% aller Laparotomien gehabt, was einen sehr grossen Unterschied darbietet im Verhältnis zu den 7%, die *Schauta* bei seinen Abdominaloperationen erlebt hat. Die Prozentzahl meines Materials ist völlig gleich jenem Material *Forssner's* der *Westermark'schen* Klinik zu Stockholm mit 3,6%.

Zumeist wurde in der Basler Klinik die Drainage nach *Mikulicz* angewendet. Das ist bemerkenswert, weil bei *Forssner* ihr Gebrauch sich nur auf 9 Fälle beschränkt hat. Es lässt sich daraus ersehen, dass die bekannten Mängel einer Drainage in unserem Materiale sich nicht besonders fühlbar gemacht haben. Ausserdem könnten solche Komplikationen, wie Bauchdeckenabscesse und Fisteln, die auch ohne Drainage entstehen können und dem Wesen nach so harmlos, wenn auch in grosser Zahl vorhanden, nicht den Nutzen der Tamponade verdunkeln.*)

Den Laparatomien zur Last fielen, wie schon oben erwähnt wurde, alle 8 Fälle von Thrombophlebitis in den unteren Extremitäten. Einen Zusammenhang mit der Art der Operation zu konstruieren hat keinen Zweck, da die Ursache ihrer Entstehung nach Operationen noch vollständig dunkel ist. Man kann *Mainzer* nur zustimmen, dass Thrombosen auf die Verwendung von Klemmen zurückführen zu wollen, ganz kritiklos ist, und mit seinen Worten sagen: „Wir sahen ebenso häufig nach Laparotomien Thrombose auftreten.“**)

Die Resultate, die die Basler Klinik während der letzten Jahre unter der Leitung von Herrn Prof. O. v. Herff bei der operativen Therapie der eitrigen Adnexentzündungen erreicht hat, sind folgende. Doch sei zuvor folgendes bemerkt:

Gewiss ist es ganz richtig, dass man den Schwerpunkt der

*) Archiv für Gynaekol. B. 54. S. 471.
**) Archiv für Gynaekol. B. 54. S. 472.

Kritik einer Operation auf die Nachforschungen nach dem Dauererfolg zu legen hat. Seit dem ersten Versuch, der in dieser Hinsicht von *Krönig* (*Zweifel's* Klinik in Leipzig) gemacht wurde, führen alle Kliniker nach einer gewissen Spanne Zeit eine Kontrolle über ihre Operierten aus. Der mir gesetzten Aufgabe gemäss musste ich mich nur mit dem Material beschäftigen, welches sich in den Journalen vorfindet. Die Nachforschung nach dem Schicksale der Operierten ist so zeitraubend und mühselig, dass diese Lücke in meiner Arbeit von anderer Seite ausgefüllt werden wird.

—

Von 117 Patientinnen, die die Operationen überstanden, wurden 97 mit der Bemerkung in dem Journal „geheilt" entlassen, was vollständige Heilung bedeutet, und durch einen mehr oder weniger ausführlichen Status beim Austritt bewiesen wird. Alle diese Patientinnen, mit Ausnahme von 9, welche noch über Druckempfindlichkeit im Unterleib klagten, verliessen die Anstalt beschwerdenfrei. Die restierenden 19 Frauen (einige mit der Bemerkung „gebessert" in dem Journal) bilden die Gruppe der unvollständigen Heilung. Eine Frau wurde mit einer Fistula coli nach Laparotomie später der chirurgischen Klinik zur weiteren Behandlung angewiesen.

Die unvollständige Heilung bestand beim Austritt 15 Mal in nachweisbaren Stumpfexsudaten, vielfach nach Tuberkulose oder verhältnissmäsig frischer Gonorrhoe, und 4 Mal in Schmerzen ohne palpablen Befund.

Ich würde gerne diese Resultate mit denen irgend einer andern Arbeit vergleichen, die in Bezug auf Indikationsstellung und Technik mehr oder weniger analoges Material hat.

Aber leider erwies sich von allen Arbeiten nur die Arbeit *Forssner's* als noch am meisten hierfür geeignet, da dort die Zahlen der Primärresultate annähernd die gleichen sind, wie in Basel. *Forssner* erklärt dazu, dass die Journale der Werstermarkschen Klinik in dieser Hinsicht nicht ganz ohne Mängel seien. Die Sache ist um so bedauernswerter, da, Dank diesem Umstande, ich nicht die Möglichkeit habe die Primärerfolge meines Materials mit denen Forssner's, im Verhältnis zu den Dauererfolgen, die so gut und ausführlich von ihm an 47 Fällen untersucht wurden, zusammenzustellen.

Forssner schreibt: In 5 Fällen haben die Journale über die Verhältnisse im Becken bei der Entlassung keine Angaben. In 39 Fällen lautet die Angabe nur kurz: „Geheilt entlassen"; in 29 Fällen ist angegeben, dass die Frauen, ausgenommen in 9 Fällen, mit kleinen Resistenzen entlassen sind."

Selbst wenn man annimmt, dass nur in diesen 9 Fällen Exsudate bei der Entlassung aus *Westermarks* Klinik vorhanden gewesen sind, so hat mein Material auch nur 15 Fälle aufzuweisen.

Westermarks Klinik hatte ihrer also in 11,1% aller 81 Operationen, die Basler 12,8%, d. h. beide Kliniken zeigen in dieser Beziehung die gleichen Ergebnisse. Der Unterschied zu Gunsten Forssner's ist zu unbedeutend, selbst in Rücksicht, dass der von ihm angegebene Mangel an Angaben seines Materials in meinem, wie ich schon oben bemerkt habe, nicht existiert.

Vergleicht man die Basler Resultate hinsichtlich der Operationsmethoden, so ergibt sich Folgendes:

6 Amputat. des Ut. mit Entfernung der Adnexe, 1 Mal Stumpfexsudat, 39 Salpingo-oophorectom. doppels. abdominal. — 5, 2 Salpingo-oophorectom. einseit., per Vaginam — 1, 18 Salpingo-oophorectom. mit Salpingect., — abd. 4, 4 Salpingo-oophorectom. mit ovariotomia-1, 2 Salpingotom. mit Oophorectom.-1, 2 Oophorectom.-1, 3 Salpingect. mit Ovaririot. 1 Mal Stumpfexsudat.

Einige von diesen Fällen gehören den Vaginaloperationen an, die anderen Laparotomien.

Von besonderer Wichtigkeit in der Bewertung der Operationsmethoden, wie überhaupt der Therapie der Adnexerkrankungen, ist die Zahl der Todesfälle: von 130 Operierten in den Jahren 1901 bis 1907 sind in der Basler Klinik 13 gestorben, was gerade 10% ausmacht. Die früheren wie die kommenden, alle diese Prozentberechnungen sind ohne jeden Abzug berechnet, um Vorwürfe wegen einer künstlichen Verbesserung der Statistik zu vermeiden.

Zur richtigen Bestimmung des Prozentes der Sterblichkeit nach Adnexoperationen in der Basler Klinik fühle ich mich verpflichtet 3 Fälle herauszugreifen. Ich tue das aus dem Grunde, weil sie keineswegs der Operation zur Last fallen können. Die Operation wurde als letzter Rettungsversuch vor dem sicher drohenden Tode versucht.

1 Mal handelte es sich um Pyosalpinx- und Pyovariumabscesse mit Perforation derselben ins Becken und in den Mastdarm. Es wurden die grossen mit den Bauchdecken verklebten Abscesse durch Laparotomia eröffnet und entleert. Indes starb die Patientin, die sich sogar von der Narkose nicht erholen konnte, am Abend nach der Operation unter den Erscheinungen der Peritonitis migrans, deren Symptome schon vor der Operation vorhanden gewesen sind. Die Sektion konstatierte fettige Degeneration, Thromben in den Aesten der Art. pulmon., beiderseitige Salpingitis purulenta tbc., Pleuritis fibrosa circumscripta, Peritonitis fibrosa circumscripta und Peritonitis universalis tbc. (Journal 1901. No. 243)

Der zweite Fall betraf eine Patientin mit schwerer Form der Pyonephrosis tbc. sinistra. Gleichzeitig mit der Adnexoperation wurde auch eine Nephrectomie ausgeführt. 10 Tage nachher wurde Patientin wegen Ileus laparotomiert. Wiewohl sehr bald eingegriffen wurde, fand sich der absteigende Dickdarm weithin nekrotisch; er wurde vorgelagert und geöffnet, da an eine Rettung der Kranken nicht zu denken gewesen war. Sie starb auch am andern Tage. Das Sektionsprotokoll konstatiert hochgradige allgemeine Tuberkulose (Tbc. renis, lienis, spondylitis und peritonitis) (Journal 1901, No. 217).

Beim dritten Fall handelte es sich um den einfachen Eingriff, einer Eröffnung von Abscessen. Die Patientin hatte ausser schwerer Genitaltuberkulose und Peritonitis tbc. noch hochgradige phtisis pulmonum. Die Operation wurde im fünften Monat ihres Aufenthaltes in der Klinik wegen drohenden Durchbruchs ausgeführt; nach derselben blieb die Kranke noch 231 Tage und starb an Miliartuberkulose und Amyloidose. (Journal 1905, No. 1)

Wenn ich diese 3 Fälle, die auch ohne jede Operation dem unvermeidlichen Ende entgegengingen, abziehen darf, so würden 130 Fälle mit 10 Todesfällen, oder einer Mortalität von 7,6 % verbleiben.

In Bezug auf die Operationsmethoden verteilen sich diese 10 Todesfälle folgendermassen: 106 Laparotomien ergaben 8 Todesfälle und 24 Vaginaloperationen — 2, welche letztere zu den Radikaloperationen gehören. Für die ersteren erhält man auf diese Weise eine Mortalität von 7,1 %, für die letzteren eine von

8,3 %. Ein Blick auf diese Zahlen genügt, um sich davon zu überzeugen, dass ein Unterschied zwischen beiden Operationswegen nicht existiert, welchen *Schauta* in seinem Material (6 % für Laparotomien, 2 Mal weniger — 2,8 % für Vaginaloperationen und noch weniger — 2,7 % für Radikaloperationen) fand und welcher benutzt wird um Laparotomien, wie auch alle nicht radikalen Adnexoperationen, zu verurteilen.

Vergleicht man alle 13 Todesfälle in Betreff der Operationsmethode, so findet man Folgendes:

17 Radikaloperationen ergaben 3, 41 Salpingo-oophorect. (abdom. und vaginalis) 5, 18 Salpingo-oophorect. mit Salpingectom. 2, 2 Salpingect. mit Ovariot. 1, 2 Eröffnungen von Abscessen 2 Todesfälle.

Ich wage es nicht irgend welche Schlüsse aus diesen Zahlen zur Festlegung des Verhältnisses zwischen Mortalität und den einzelnen Methoden zu ziehen. Solch eine Arbeit würde, meiner Ansicht nach, bei solch niedrigen Zahlen einen fraglichen Wert in der Statistik haben.

Die Ursachen, welche einen solch verhältnismässig hohen Grad von Mortalität, wie 7,6 %, hervorgerufen haben, sogar nachdem ich 3 Todesfälle ausgeschlossen habe, mögen kurz erörtert werden. Die Literatur über Adnexoperationen kennt nicht wenige Statistiken mit einer viel grösseren Mortalität.

Die Primärmortalität, z. B. des Berliner Materials von *Martin* erreichte 8 pct. (Martin. Handbuch 1, Leipzig 1893, S. 235) und dieselbe in der Frauenklinik zu Greisswald 18 pct., d. h. 2 Mal höher, abgerechnet 3 Fälle, die von *Jung* aus denselben Gründen, aus welchen ich es auch mit 3 Fällen getan habe, ausgeschlossen wurden.

Was eigentlich ruft diese hohe Mortalität hervor?

Vielfach neigt man dazu die Höhe der Mortalität in Zusammenhang mit den Operationsmethoden zu bringen. Dem widersprechen die Beweise *Forssner's*, die sich auf Auszüge aus den besten Statistiken über Mortalität stützen.

Ich führe hier nur Forssners Auszüge aus Statistiken, die nur Operationen rein eitriger Adnexentzünungden betreffen, an.

Per Laparotomiam:

Pozzi	126	Fälle	mit	0	pct.	Mortalität
Zweifel	71	„	„	1,4	„	„
Westermark	59	„	„	1,7	„	„

Totalexstirpation per Vaginam:

Segond	51	Fälle	mit	0	pct. Mortalität
Leopold	57	„	„	1,7	„ „
Jakobs (Landau)	49	„	„	2,0	„ „

Und wirklich, man muss nur diese oben gegebenen Statistiken vergleichen, um sich davon zu überzeugen, dass „die Methoden betreffs der Mortalität keinen deutlichen Unterschied zeigen.“ Wie wenig schuldig die Methoden in meinem Material sind, habe ich schon vermittelst Prozentzahlen für Operationen per Laparotomiam und per Vaginam gezeigt.

Für die ersteren habe ich 7,4 pct., für die letzteren 8,3 pct., Zahlen, deren Unterschied so gering ist, dass er bei den Sektionen zur Verfügung stehenden Ziffern nicht im geringsten in Betracht kommen kann. Beide Ziffern sind gleichwertig, also beide Methoden, die der Laparotomien und die der Scheidenoperationen

Die Ursachen der verhältnismässig hohen Mortalität in der Basler Klinik muss daher etwas tiefer gesucht werden. Die Erfahrung und die Kunst der klinischen Leitung schliessen jede Möglichkeit einer so grossen Zahl von Fehlern in der Technik aus, dass aus diesen die Statistik der Todesfälle beeinflusst sein konnte. Meiner Ansicht nach hat Jung vollständig Recht, wenn er sagt, dass „das operative Material einer Frauenklinik von dem andrer Städte in seiner Art ausserordentlich verschieden sein kann.“ Verschieden auch in Bezug auf die Bedingungen zur Operationsindikation nach seiner Art in bakteriologischer und klinischer Hinsicht.

Was die Operationsindikation betrifft, so habe ich schon betont, dass die Basler Klinik unter der Leitung von Herrn Prof. O. v. Herff sich in dieser Hinsicht nicht den radikalen Gesichtspunkten anschliesst. Wo es nur irgend wie möglich war ohne das Risiko einer Operation auszukommen, wurde die konservative Methode der Heilung angewandt.

In der Tat hatten wir nur für diejenigen Operationen, wo neben den Adnexerkrankungen noch andere ernste Erkrankungen bestanden, nur für solche Fälle so hohe Zahlen, wie 39, d. h. (130-39) 30%. Dazu rechnete ich auch die Fälle von Fehldiagnose hinzu. Dies tat ich nur deshalb, weil sie alle zu solchen Erkrankungen gehörten, die einen operativen Eingriff erforderten.

Hier, wie auch in allen anderen Fällen, war die Operation das letzte Mittel. Letztes meine ich nicht nur im Sinne einen sonst unausbleiblichen Tod zu verhindern, sondern auch um eine verlorene Erwerbsunfähigkeit wieder herzustellen.

Ich bringe noch einmal in Erinnerung, dass beinahe 40 pct. (50 auf 130) aller Operationen meines Materials unmittelbare Vertreterinnen der Arbeiterklasse waren und alle andern beinahe ausnahmslos zur arbeitenden Bevölkerungsklasse gehörten, wo auf den Schultern der Frauen die ganze schwere Last des Haushalts und die Sorgen für die Familie lagen. Daraus ist leicht zu schliessen, welch eine Bedeutung im Leben dieser Patientinnen die schweren Formen der Adnexerkrankungen mit ihren ewigen Recidiven spielen.

Aber die Hauptsache: wann kommen solche Patientinnen in die Klinik?

Es versteht sich, nicht früher, als nach Erschöpfung aller Kräfte, wenn der Kliniker es nicht nur mit eitrigen Entzündungen der Adnexe, sondern noch mit einer ganzen Reihe von Komplikationen zu tun hat. Unter anderm zählt mein Material 16 Fälle nur von schwerer Pelveoperitonitis auf.

Ausschlaggebend für den Stand der Mortalität ist in erster Linie die bakteriologische Ursache der Adnexentzündungen. Trotzdem in den Journalen in dieser Hinsicht eine grosse Lücke existiert, da nicht jeder Fall genau bakteriologisch untersucht werden konnte, gelang es mir doch Folgendes herauszufinden. In 19 Fällen sind die Erkrankungen der Adnexe als gonorrhoische bemerkt worden und in 32 als tuberkulöse. Was die andern anbelangt, so sind in den Journalen über sie überhaupt keine Angaben, oder es ist bemerkt, dass sie durch andere Formen von Entzündungserregern hervorgerufen worden sind. Bemerkenswert ist es, dass nicht weniger als 32-24,6% durch Tuberkulose verursacht worden sind. Jeder weiss, wie sehr dadurch die Heilungsziffer belastet wird, zumal, wenn die Kranken nicht sofort nach Heilung der Wunden entlassen werden, sondern, wie es in Basel zum Wohl der Kranken Sitte ist, noch längere Zeit in der Klinik beobachtet zu werden.

Wie weit es mir gelungen ist zu bemerken, fühlt man in der Literatur über die operierte Therapie der Adnexerkrankungen einen ernsten Mangel an Angaben über die Untersuchung der-

jenigen Rolle, die die einzelnen Arten der Entzündungserreger im Schicksal der Operierten wegen Adnexerkrankungen spielen. Dieser Mangel, dem abzuhelfen in einer grossen Klinik sehr schwer ist, findet sich übrigens beinahe durchgängig. Dieser Umstand ist um so bedauernswerter, wenn man Arbeiten trifft, die sich durch glänzende Statistiken der Resultate auszeichen. Z. B. in solch einer ausführlichen, alle Gesichtspunkte berücksichtigenden Arbeit, wie die von *Forssner*, die von mir so oft erwähnt wurde, findet man kein Wort darüber.

Sehr wertvoll wurde daher für mich die Arbeit von *Jung* (Frauenklinik zu Greisswald). Dieser Forscher verglich seinen bakteriologischen Befund mit den Befunden anderer Autoren und endlich mit den Angaben, die auf dem internationalen Gynäkologenkongress in Rom veröffentlicht wurden, und fand, dass die von hm konstatierte Prozentzahl für tuberkulöse Fälle unter den Operierten wegen Adnexerkrankungen 24.6 pct., die höchste bisher erreichte Ziffer betrug. Den gleich hohen Prozentsatz weist nun auch die Basler Klinik auf.

Die Prozentzahl der tuberkulösen Fälle meines Materials stimmt mit derjenigen von *Jung* überein, nicht nur in ganzen Zahlen, sondern auch in Zehnteln. Auf 130 Operierte hatte die Basler Klinik 32 Fälle von tuberkulösen Adnexentzündungen, d. h. auch 24,6%. *Jung* sieht in dieser auffallenden Häufigkeit der Tuberkulose in seinem Material nicht nur eine Eigenart, die sein Material von dem Anderer auszeichnet, sondern auch einen Factor, der sein Material schwer belastet (18 pct. Mortalität). Trotzdem handelt es sich in seinen 24 Todesfällen nur um 3 Tuberkulöse.

Die Tuberkulose beeinflusst zweifellos die Zahl der Todesfälle, somit auch die Höhe der Sterblichkeit.

In Basel kamen auf 13 Todesfälle 7 Tuberkulöse. Vergleicht man meine Angaben mit denen *Jung's*, so findet man abermals eine auffallende Aehnlichkeit zwischen meiner und seiner Prozentzahl für jene Adnexerkrankungen, die durch Gonorrhoe bedingt wurden. Gegen 14,8 pct. von *Jung* steht bei mir 14,6 pct. (auf 130 19).

Was haben wir also im Allgemeinen?

Welchen Charakter hat das Material des Basler Frauenspitals?

Zunächst die gewöhnliche Häufigkeit der Gonorrhoe, wie sie überall vorkommt sodann ein selteneres Vorkommen von Tuberkulose.

Einige Auszüge aus den Krankengeschichten der Gestorbenen mögen am anschaulichsten zeigen, inwieweit die Eigenart des Materials der Basler Klinik die Höhe der Sterblichkeit beeinflusst.

Pat. Nr. 315. Journal 1903. Krankheit: Pyosalpinx, Pyoovarium duplex. Operation: Totalexstirpation des Uterus mit Entfernung der Adnexe. Operiert bei acuten Erscheinungen.

Sektion: Peritonitis pur., Pelveoperitonitis chron. fibrosa, Abscess parametr. et perforation in cavum vaginae.

Pat. Nr. 113. Journal 1904. Krankheit: Pyovarium dextrum, Tumor tubo-ovarialis sin., Pelveoperitonitis tbc. Hatte einige Recidive. Ein Jahr vorher wurde ihr per Laparotomiam ein Abscess eröffnet.

Operation: Hysterectomia total. mit Entfernung der Adnexe per Vaginam.

Sektion: Peritonitis acuta universalis. Degeneratio cordis. Amyloidose. Musste wegen starker Gefährdung des Lebens 3 Tage nach dem Eintritt in der Klinik operiert werden.

Pat. Nr. 316. Journal 1907. Krankheit: Salpingo-oophoritis dpl. tbc., Spondylitis tbc. vert. lumb. V. Senkungsabscess.

Operiert bei acuten Erscheinungen aus indicatio vitalis.

Sektion: Peritonitis perforativa, Perforation eines alten tbc. ulcus der Flexurae sigmoideae. Die Adnexe waren vollständig an dieser Stelle adhaerent gewesen, bei der Operation gelöst worden, wodurch eine schwache Stelle entstand, die beim ersten Stuhlandrang durchbrochen wurde. Der Tod erfolgte nach 4 Tagen.

Pat. Nr. 297. Journal 1905. Krankheit: Cystitis ovarii sin., Salpingitis dextra, Retroflexio uteri fixata.

Operiert am Tage nach der Aufnahme wegen schwerer Gefährdung des Lebens bei acuten Erscheinungen.

Operation: Ovariotomia sin., Salpingectom. dxt.

Sektion: Peritonitis fibrinosa. Myodegeneratio cordis fibrosis et adiposa. Dilatatio cordis. Starb am andern Tage nach der Operation.

Pat. Nr. 456. Journal 1905. Krankheit: Salpingitis dpl., Perioophoritis absced. sin., oophoris absced. dupl., Peritonitis tbc. Operiert 4 Tage nach dem Eintritt.

Operation: Salpingophorectomie dpl.

Starb 4 Tage nach der Operation an Peritonitis.

Sektion wurde verweigert.

Pat. 63. Journal 1906. Krankheit: Tumor tubo-ovariale, Pyosalpinx Pelveoperitonitis adhaesiva, Peritonitis tbc.

Operation: Salpingoophorect. dpl. Der Tod erfolgte nach einem Tage an Peritonitis.

Pat. Nr. 66. Journal 1907. Die Operation wurde auf Grund einer Fehldiagnose ausgeführt, die auf malignen Tumor des rechten Ovariums lautet.

Operation: Salpingoophorect. dxt. Erg. Pyoovarium, Pyosalpinx. Acute Erscheinungen.

Sektion: Peritonitis universalis pur., Phlegmona der Bauchdecken, Hydronephrosis dextra.

Der Tod erfolgte 4 Tage nach der Operation.

Ich will hier an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass 2 von diesen Patientinnen mit Peritonitis tbc. operiert wurden.

Gelegentlich der Besprechung der Todesfälle, die der Methode nicht zur Last zu legen sind, erwähnte ich schon solch einen Fall. So starben denn in Basel von 4 Operierten mit Peritonitis tbc. 3. Die vierte Patientin überstand die Operation und verliess die Klinik nach 20 Tagen.

Baisch berechnet die Resultate der exspectativen und operativen Behandlungen bei Tuberkulose folgendermassen: Sein Material aus der Frauenklinik in Tübingen ergab auf 13 exspectativ behandelte Fälle 8 Todesfälle (61,5 pct.), 32 operativ behandelte — 9 Todesfälle (28,1 pct.)

Diese Zahlen beweisen zur Genüge nicht nur die Schwere der Peritonitis tbc. im Sinne der Operationsindikation, sondern auch das Risiko, welches sie für die Operation darbietet.

Bevor ich meine Betrachtungen über die operativen Fälle der eitrigen Adnexentzündungen der Basler Klinik schliesse, möchte ich noch kurz bemerken, dass in einer Anzahl von Fällen durch Excisionen der Tuben allein oder durch Resektionen eines Ovariums bei Wegfall des andern den Kranken ihre Menstruation, selbst Empfängnisfähigkeit — einige sind später schwanger geworden — erhalten geblieben ist. So trat die Menstruation wieder ein: einmal bei einer Patientin, deren postoperative Behandlungsdauer nur 12 Tage dauerte; 2 Mal bei einem 16tägigen postoperativen Aufenthalt in der Klinik; 2 Mal bei einem 3wöchentlichen und die andern 12 Male bei einer postoperativen Behandlungsdauer von 30—65 Tagen.

Bemerkenswert ist, dass eine dieser 16 Patientinnen die Menstruation ein Jahr vor Eintritt in die Klinik verloren hatte; hier lag sie 126 Tage, wurde einer konservativen Therapie unterzogen, die aber misslang, erst dann wurde sie operiert. Am 15. Tage nach der Operation erschien wieder die so lang ausgebliebene Regel.

In Bezug auf die Operationsmethoden verteilen sich diese Fälle folgendermassen:

Beiderseitige Adnexabtragung mit Zurücklassung beider Ovarien 6.
Einseitige Adnexabtragung 3.
Adnexexstirpation mit Zurücklassung oder Resektion eines Ovariums 8.

In keinem dieser Fälle sind Ausfallerscheinungen beobachtet worden. Einmal traten Schmerzen auf, die aber sofort nach den ersten heissen Spülungen verschwanden. Spätresultate gelang es nur bei einer Operierten nachzuweisen, die ein halbes Jahr nach ihrem Austritt aus der Klinik wieder hierher zurückkam mit Erscheinungen von Neurasthenia Coccygodynia.

Die objektive Nachforschung hat keine Spur von dem früher dagewesenen Tumor nachweisen können. 15 Tage nach ihrem Wiedereintritt in die Klinik konnte diese Patientin dieselbe wieder ganz gesund und beschwerdenfrei verlassen.

Hiermit schliesse ich die Betrachtung der operierten Fälle von eitrigen Adnexentzündungen in der Basler Klinik.

Zum Schluss erlaube ich mir, zu denjenigen Meinungsverschiedenheiten der verschiedenen Schulen zurückzukehren, welche ich schon am Anfang meiner Arbeit in Erwähnung gezogen habe.

Zweifellos werden noch viele Jahre vergehen, ehe man aufhören wird über die Vorzüge dieser oder jener Methode der operativen Therapie der Adnexerkrankungen zu sprechen. Indessen steht es auch ausser allem Zweifel, dass die Praxis schliesslich denjenigen Mittelweg finden wird, auf welchem die Wahrheit liegt.

Ich habe schon darauf hingewiesen, wie *Forssner* für die Mortalität bewies, wie wenig selbst die besten Statistiken zu gunsten der oder jener Methode sprechen.

Meinerseits glaube ich, dass die Zeit nicht mehr weit sein wird, in der man auf die Statistiken überhaupt nur insofern einen Wert legen wird, sofern sie genau die Eigenart des Materials in jedem einzelnem Fall darstellen, und mit der weiteren Entwicklung der *König'schen* Methode würden zahlreiche Folgerungen aus den Nachforschungen für den sich eröffnen, der bei der Anwendung einer operativen Methode nicht nur daran denkt in ihr ein radikales Mittel gegen die Krankheit zu finden, sondern auch daran das Risiko für die sehr wichtigen Funktionen des sexuellen Lebens der Frau, das mit der operativen Methode eng zusammen-

hängt, zu vermindern, d. h. so konservativ wie möglich zu verfahren.

Zum Schlusse erfülle ich auch hier die angenehme Pflicht, unserem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. *O. v. Herff* für seine gütige Anregung zu dieser Arbeit, sowie für das liebenswürdige Entgegenkommen und die Leitung bei derselben, an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. **Hegar-Kaltenbach,** Operative Gynäkologie. III. Aufl. 1886.
2. **Fehling,** Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Stuttgart 1893.
3. **Baruch,** Späteresultate von doppelseitigen Adnexoperationen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. S 42. S. 238.
4. **Henkel,** Beitrag zur Klinik und zur Behandlung chronisch entzündlicher Adnexerkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 55. S. 329.
5. **Kroenig,** Zur Prognose der ascendierten Gonorrhoe beim Weibe. Archiv f. Gynäk. Bd. 63 S. 391.
6. **Martin,** Ergebnisse der Ovarien- und Tubenresection. Verh. d. deutschen Gesellsch f. Gyn. IV. 1891 S. 242
7. **Martin,** Handbuch. I. Leipzig 1893.
8. **Albrecht,** Die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale. Archiv f. Gyn. Bd. 83 1907. S. 207.
9. **Forssner,** Zur Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen Arch. f. Gyn. Bd. 83. S. 447.
10. **Buschbeck,** Nachprüfungen über die Dauererfolge der in den Jahren 1885—1897 wegen schwerer chronischer Adnexerkrankungen ausgeführten Totalexstirpationen des Uterus und der Adnexe. Arch. f. Gyn. Bd. 56. S. 160.
11. **Dührssen,** Nochmals die Bossi'sche Methode. Arch. f. Gyn. Bd. 69. S. 215.
12. **Cohn,** Ueber die Dauererfolge nach vollständiger oder teilweiser Entfernung der Gebärmutteranhänge. Arch. f. Gyn. Bd. 59 S. 24.
13. **Schauta,** Ueber die Einschränkung der abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten der vaginalen Radikaloperationen. Archiv f. Gyn. Bd. 59 S. 49.
14. **Zweifel,** Ueber Salpingo-oophorectomie. Arch. f. Gyn. Bd. 39. S. 353.
15. **Landau,** Zur Pathologie und Therapie der Beckenabscesse des Weibes, mit besonderer Berücksichtigung der vaginalen Radikaloperationen. Arch. f. Gyn. Bd. 46. S. 397.
16. **Uhlmann,** Ueber das Auftreten peritonealer Adhäsionen nach Laparotomien. Arch. f. Gyn. Bd. 54. S. 384.
17. **Baisch,** Ueber die Dauererfolge bei der Behandlung der Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes. Arch. f. Gyn. Bd. 84. S. 343.
18. **Osterloh,** Die Bauchhöhlendrainage bei Adnexoperationen. Arch. f. Gyn. Bd. 82. S. 1.